EXHIBIT A



CERTIFICATE ACCURACY

STATE OF NEW YORK)

SS:

COUNTY OF KINGS)

This is to certify that the attached documents:

Certificate of Death of Pablo Tirado Ayala, issued by the Department of Health Demographic Registry on December 23, 2009 in Manati, Puerto Rico;

Last Will and Testament of Pablo Tirado Ayala, issued and certified by Oscar Sánchez Lamboy, Notary Public and recorded by the Office of the Director of Notarial Inspection on August 11, 1992 in Manati, Puerto Rico;

Certification of the Record of the Last Will and Testament Registration of Pablo Tirado Ayala, issued by the Office of the Director of Notarial Inspection on August 11, 1992 in Manati, Puerto Rico

are, to the best of my knowledge and belief, a true, complete, and accurate translation from the Spanish language into the English language.

Diana Peng

Sworn to and subscribed before me

LANORE C. SMITH NOTARY PUBLIC, State of New York No. 01SM6162573

Qualified in Kings County Commission Expires March 12, 20 //

[watermark:] VOID Case 3:08-cv-01367-FAB DOCUMENT 33-1 Filed 06/22/10

DEPARTMENT OF HEALTH DEMOGRAPHIC REGISTRY

_	NUMBER
Pa	ige 3 of 467163
	Death Number

AREA NUM- BER	YR	Register NUMBEI	R FICA NUM	ATE BER							HIC REC		Ϋ́							
	ace of de		b. Neig	hborh	ood		Place (Choice	only							d he/she	live?	If in an	institution:	
a. M	unicipali	ty Manatí	Cotto Si	ır		one) Hospital				give	give the residence prior to admission) a. Municipality <i>Manatí</i> b. State or Country <i>PU</i>					PUER	TIERTO RICO			
othe	r instituti		e. Villag	e, zon	ie or	□ D □O	□ DOA □Outpatient ER □ Inpatient				c. Neighborhood d. Village, zon Pugnado				one or place e. Urban			Jrban □		
	h did not spital or i	nstitution	f. [Leng	th of s	tay in	Oth	<u>Other</u>			f. A	ddress		(For Urban area- Street and			and Nu	d Number)			
	the addre		Hospital Institution	or on]		■ 1	Convales Nursing Iome	home		RR-	2 Box 60)4								
3. Fi	rst and la	st name of					Date and			th	Time		Month	Day	Ye			t school	year	
Pab	lo Tirado	Ayala									11:55	PM	12	21	200)9 <u>c</u>		leted. ication	[College]	
																	Inter	mediate	University	
																	(0	ondary)-13)	(14 or [more]	
								2.0		1					701			grade		
6. G Mal	ender e	6 a. Marita Never mar		Marri	ed 🗷	6 b. Name of Spot Antonia Ramírez, I				ite of Birt	th		8. Age (in	year	s than o			than 24 hours		
		Divorced	V	Vidow	ed 🗆					Mo	nth 1	Day	Year	years) 90	Mos.	. Da	ıys	Hours	Min.	
										AL	IG	21	1919							
10 a (Tyr	. Usual C e of wor	ecupation k performed	d during th	ie :	10b. Typ industry	e of l	ousiness	or		Date on ed <i>1977</i>	which la	ıst	11. B Munici		!anatí		12. C U.S.A	Citizenshi A.	p	
majo	ority of li	fe, even if r			Own busi	ness	ıess				ears worked in this			-					e in Puerto	
Pub	lic [chauj	Jer J							occu	pation 2	tion 20 years		RICO	Country PUERT			Rico 70 ye			
14.		name and s									15.	Mothe	er's name a Rosa Aya		len name	:				
	. Born in	:										a. Bor	n in:	iu						
		<u>í</u> S leceased a r			PUERTO 17. Soci			lo.	18. Int	formant:		vn <u>Ma</u>		18 c. In	Sta formant'				<i>TO RICO</i> 8 d.	
Unit	ed States	Armed For	rces?		303322	141	•		a. Nan	ne: <u>Áng</u>	el Ramíre		<u>ón</u>	Villa F	orestal C	alle		R	Relationship	
War	s/Dates _	No <u>x</u>	Unknown		None [J ()	nknowi		b. Sigi	nature <u>1</u> s	signature]		lillegib	le] Mana	ıtı			o the leceased	
		PERSON D			MEDIC	'AI (FRTIE	ICATI	ON	19 a To	the hest	of my	y understan	ding the	2 19	h	10		of Signature	
THE	DEATE	I		,,						death o	ccurred a	t the ti	ime, on the		d Lic	ense	1,	C. Date	or signature	
		m 19 a-c or /sician is no		e at	IMI	MED	IATE C	AUSE		in the p	lace indi	cated a	above.		No 16,	600				
	ime of de	eath to certi			(illness		rect cor		that	Signatu	re [sig	nature]		nterval be			MO.	DAY YR.	
20. 0	CAUSE (OF DEATH						,		a. Respi	ratory a	rrest			s start an	u deam		12	21 2009	
	r only on and (c).	e cause in e	each line (a	a),	Indicate that lead				ions	b. <u>Aspir</u>	ation pn	eumon End S	nia Stage	- -		_			e deceased uring the last	
Cau	se of deat	h does not		vay	cause.								71480			_ _		ear?	-	
		died such a ole], etc. It			WRITE CAUSE	LAS	T. [ille	gible]									22		s□ No al Record No.	
caus	ss, injury ed the de]□□□	or complicath.	ation that		(Illness the even															
Othe	er importa	ant conditio			23. Wa				ned?		24. Ins	titutio	n where au	topsy w	as perfor	med.		25. Was		
	ed to the	the death l illness that				Y N	es o	×										prosecui Yes [tor notified? ☐ No	
26 a	. Date of	operation	26 b. M	ost sig	nificant								suicide 🗆 l	nomicid	e			where the	e injuries	
(ıf a	pplicable)	findings operation		the		I pendir	ig inves	stigatio	on ⊔ cou	ld not be	deteri	mined			occurr (Home		lding, fac	etory, etc.)	
27 c	nicipality	Place or neighbor		State	e or count	ry	27 d. Mo.	Date o	of Injur	y Yr.	Hr.	4	Did the do		27 f.	How di	id the	injuries	occur?	
Iviui	пстранцу	neignoc	illoou				MO.	Da	ay	11.	пі.		□ No 🗷							
28 2	1 CERT	IFY that I	attended to	the d	eceased f	rom	May	21	009	until		28b	I did not a	ttend to	the dece	ased and	d this	Certifica	ntion is	
Dec.	ember 2 that the d	1, 20 eath occurr	09, and tl	nat I la	st saw hi	m/he	r alive o	on the	date ar	19		com	pleted on the	he basis	of inform	nation c	btair	ned from	a	
	cated abo a. Certify	ing doctor:				29	b. Licer	ise No.	of.	29	c. Exact	Addre	ess of	29 d.	Date of	the sign	ature			
		<u>ıldo] Medir</u> signature]					rtifying 600	doctor			rtifying d lle 685 K		1		onth 12		Day 21		Year 2009	
2_51	Silatare <u>L</u>	ngnaturej				10,	000			BO	: Tierras				12		21		2009	
30 a	. Burial	x 🗆	Other (sp	ecify)		30	b. Date				<i>natí</i> c. Name	of Ce	emetery or	<u> </u>	30	d. Addr	ess			
	Transfe Crematic	r 🗷 🗆					onth DEC	Day 23	Year	Cre	matoriui lle de los	m	-		Ma	natí, Pu	ierto	Rico		
indi	Γο be cor vidual in	npleted by the charge of b	he Undert	aker o	or other	' [:	32 a. W	as he/s	he emb	almed? <i>Melénde</i>	¥ Yes □		33. Race deceased		34.	Date	of Er	ntry		
≥ h	certify: e/she was almed	embalmed	□ he/she	was n	ot		c. Licen			Embalme	er ——		₩ White □ Black □ Other		Month	Ι	Day		Year	
b. <u>E</u>	dgardo G	onzález S ess of fune		ignatı	ıre]								L Other		Decembe	er 2	23		2009	
		[illegible] [c. Signa	fure						-	35. Regi	strar'e C	ionat	ure		
1	~ ~ ~						c. Signa [signatu	re]									[sign	ature]		
		ABSTRAC FE OFFICI					THIS			in Englis	sh] ΓOF 7	ГНЕ			[re \$	venue s	tamp \$5			
THE	DEMO	GRAPHIC:	REGISTR	Y OF	PUERTO)]	RECOR	DS	FILI	ED		ГНЕ		IN	TERNA		ENUI	E STAMI)	

BY LAW 24 OF APRIL 22, 1931.

[signature] SECRETARY OF HEALTH

[signature] STATE REGISTRAR

DEMOGRAPHIC REGISTRY OF PUERTO RICO ISSUED UNDER THE AUTHORITY OF LAW 24, APRIL 22, 1931.

[emblem]
Commonwealth of Puerto Rico Department of Health

COMMONWEALTH OF PUERTO RICO D23991162

CASE S ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUEBTO RIGO POR PORTO DE PUEBTO RIGO POR PORTO PORTO POR PORTO PORTO POR PORTO PORTO POR PORTO POR PORTO POR PORTO POR PORTO POR PORTO POR PORTO PORTO POR PORTO POR PORTO POR PORTO POR PORTO POR PORTO POR PORTO PORTO POR PORTO POR PORTO POR PORTO POR PORTO PORTO POR PORTO PORTO POR PORTO POR PORTO PORTO

DEPARTAMENTO DE SALUD (DEPARTMENT OF HEALTH)

REGISTRO DEMOGRAFICO (DEMOGRAPHIC REGISTRY)

CERTIFICACION DE DEFUNCION

(CERTIFICATION OF DEATH)



152 2009 0188 103	tificate mber)				NUMERO DE DEFUNCIÓN DEATH NUMBER
1 Lugar de Defunción (Place of Death)	b Barno		4.17.17.4		E ME E MAIN
& Municipio Mana Li	Coffee	Hospital solo was	2. Residencia Habitual de Fr ingresar a la misma)	llecido (¿Donde vivia? Si e	n una institução Res tencia ante:
d Si en Hospital u Otro Sitio (Hospital or Other Institution) Especifique donde (Nombre del Hospital, Institución.	e. Tiempo de Estadía (en ese Municipio)	Muerto al llegar (DOA)	a, Municipio M	000 4	Hadoo Pais Hato Riv
etc.) Si no fue en Hospital informe direction exacta. Indique si fue en au hogar	TOTAL PLAN	Ambulatorio (o Emerg)(Outpatient / ER) Hospitalizado (inpatient)	Page de	d Poblado, Zona o Sit	e dibana
l.) /. () (() ()	I. Tiempo de Estadia (en Hospifal o Institución)	Oros ☐ Casa de Salud Asilo	Marcon	(Si Urbana, Calle y	
3 Noting of a particular of the property of th	& meses	☐ Hogar ☐ Otro	RA-2 Doi		
Pablo Tirado Aga	ala	4. Hora y Fecha de la Defunción Death-Time: Date	Hora Mes	Dia Año	9 Ultimo grado escolar
5 Sexo 6. a. Estado Civil (Marisal Status)	6 A Nonthre del Conyugue		11:55 PM /2	21 200	Colona
Nunca se caso Casado C	Antonia Manine	Mes Dia Aho	(en años)		oras Secunderia Universida
Male Divorciado Viudo	Fierro	2121 15 ctonA	90 Moses Di	as Horas Mini	L.Fo
	e de Industria o Negocio 10. c. f	C -	1. Natural de:	12 Cudadar	
Porterdo Delle III			Municipia: Maney		C. U. A
Nombre y apelidos del Pice L Father's Name	4100:0	Ahos que trabajó en esta empación	Estado o País: 15et	(2 iču 13 Tiempo	te Residencia en Puerto Rico
4 & Natural de COLO	egn (15. Nombre y apeliidos de	sona de Madre: (Mothers Miden	name.	
Municipio CONTROL Número de SuPerteneció el Fallecido alguna vez a fas 17. Número de	Estado o Pars Pueto	Rica 15. a Natural de: Municipio	(energy)	Estado o Pais PJ	1,0,
Fuerzas Armadas de Estados Undos?	e Seguro Social 18. Info	1 1 //	18 de Dirección Exacta de N		8. e Relación Con el Fallecido
Si No Se ignora Ninguro	2001	compression warines (my sell & sound	of cells	1
AL QUE DECLARO LA MUERTE	19 a 4 m main.	irms D Oning	Uselegere C	- 4 Mouth (liaze 300
mica no esta disponible al momento de la MEDICAL	ACION MEDICA,	Turemen	ugar amba indicado	19.b. Número de licencia	19 e. Fecha de le Firma
CAUSA DE AUGUSTE	NMEDIATA Trulo	nedico		16,600	Mes Dia Año
(entermedad	nd o condición a la muerte -o a Paro 1	espiratorio	intervalo entre su con	The state of the s	¿Estuvo la fallecida
gnifice a la forma de morir como olapso cardiaco, astenia, etc. Indique en orden tas o	condiciones que 10 Neum	Capido do como consecuencia de Solva	ción	C D	embarazada en el último año?
on fically entermented legion of condujeron a la ca-	Rusa inmediata	debide a, o como consecuencia ce	1-1-	1	ч ч
COOL PARTIES OF THE PROPERTY OF THE PARTIES OF THE	IL LA CAUSAL ASSISSO	INDA FILL FORES			And the second s
emplicación que ocasiono la muerte ESCRIBA AL FINAI PRINCIPAL (enfermeda inició los eventos que lle	lad o lesióni que	debido a, o como consecuencia de	And -	2	Númera del Record Medica
PRINCIPAL (entermeda inició los eventos que le	lad o tesión) que evaron la muene.	debide a, a colfie consequencia de	donesa? 24 Institucion dande a	117 -	
SECRIBA AL FINA PRINCIPAL (enfermeda introduce eventos que introduce en a la muerte p	ad o tesion) que evaron la muerie. d. d. pero que no estaban relacionadas con la enferm	□ Si 🗗	Vo	117 -	25. Se tehrió al tiscal
SECRIBA L. FINA: PRINCIPAL (enfermeda unod los eventos que la Drias condiciones de importancia que contribuyeron a la muerte p	ad o tesion) que evaron la muerie. d. d. pero que no estaban relacionadas con la enferm	a Tipo de muerte: A natural accidente	No homicidio	e hizo la autopsia 27 b. Luger donde ocur	25. Se refinó al fiscal
PRINCIPAL (entermeda inició los eventos que le	adi o Lesion) que evarron la muene di	a Tipo de muerte: A natural accidente	Suicidio homicidio	e hizo la autopsia 27 b Lugar donde ocur calle) etc	25. Se refinó al fiscal 25. Se refinó al fiscal 3 Si No rio la lesión (hogar, Oficina, Fabric
ESCRIBA AL FINAL PRINCIPAL (enformed uncd tots evertos que ile Diras condiciones de importancia que commbuyeron a la muerie p a Fecha de la operación: si la nuclo 26 b. Haltaggios más imp c. Municipio Stalo e Bamp Esrado e pale.	ladi o Lesion) que everan la muene. di pero que no estaban relacionadas con la enferm portantes de la operación 27. 27 d. Fec. Mes Dia	a. Tipo de muerte	sucidio homicidio ción no pudo determinarse 27 e «Ocurnó mientras trabajaba»	a hizo la auropsia 27 b. Lugar donde ocur calle) etc. 27 t «Comp ocurio la te	25. Se setino al recel 25. Se setino al recel 3 s: No 10 la lesión (hogar, Oficina, Fabric,
ESCRIBA AL FINAL PRINCIPAL (enformed introdios eventos que le Drias condiciones de importancia que contribuyeron a la muerte par la Fecha de la operación si la hubo 26 b. Hallazgos más importan de la operación si la hubo 26 b. Hallazgos más importante de la operación si la hubo 26 b. Hallazgos más importa	ado citesión) que exerción que exerción a muente. di pero que no estaban relacionadas con la enfermiportantes de la operación 27. 27 d Feo Mass Dia 200 Assira Di C - 2	a Tipo de muerie: A natural accidente pendiente de investigar na de lesión Año Hora M 1 20 9 28 b. NO asisi al fafecido y	Suscidio homicidio ción no pudo determinarse 27 e «Ocurrio mientras trabajaba"	a hizo la auropsia 27 b. Lugar donde ocur calle) etc. 27 t «Comp ocurio la te	25. Se retirió al fiscal 25. Se retirió al fiscal 25. Se retirió al fiscal 30 Si No 10 la lesión (hogar, Oficina, Fabric 10 January
ESCRIBA AL FINAL PRINCIPAL (enformed uncd tots evertos que ile Diras condiciones de importancia que commbuyeron a la muerie p a Fecha de la operación: si la nuclo 26 b. Haltaggios más imp c. Municipio Stalo e Bamp Esrado e pale.	sed o tesión) que everare la muene. di pero que no estaban relacionadas con la enferm portantes de la operación 27. 27. di Feo Mes Día y que la muenta ocurrio a consecuencia y que la muenta ocurrio a consecuencia.	a Tipo de muerte partir de la cocidente de investigar ha de lesión pendiente de investigar ha de lesión pendiente de investigar ha de lesión pendiente de investigar per la cocidente de investigar per la cocidente de investigar pendiente de la cocidente d	No suicidio homicidio con no pudo determinarse 27 e «Ocurrió mientras trabijaba" Si No ésta Certificación se hace a base d	a hizo la auropsia 27 b. Lugar donde ocur calle) etc. 27 t «Comp ocurio la te	25. Se retirió al fiscal 25. Se retirió al fiscal 25. Se retirió al fiscal 30 Si No 10 la lesión (hogar, Oficina, Fabric 10 January
ESCRIBA AL FINAL PRINCIPAL (enformed principal de mondiciones de importancia que combuyeron a la muerie par Fecha de la operación, si la hubo 26 di Haltaggos más importancia que combuyeron a la muerie par Fecha de la operación, si la hubo 26 di Haltaggos más importancia partir por la Fecha de la operación, si la hubo 26 di Haltaggos más importancia partir por la Fecha de la operación si la hubo 26 di Haltaggos más importancia partir por la Fecha de la operación de la CERTIFICO que asiste al fallecido desde en la vena y hora amba nel gada 20. a. Médico que Carria do Medición que Carria de la Medición que la medición de la medi	ado citesión) que exerción que exerción a muente. di pero que no estaban relacionadas con la enfermiportantes de la operación 27. 27 d Feo Mass Dia 200 Assira Di C - 2	a Tipo de muente Danatural Dacidente Dendiente de investiga: Año Hora M 28 b. NO asisti al fatecido y de las caubas y del fatecido	No suscido homicido	27 b. Lupar donde ocur calle) etc. 27 f.comp ocurró la le e información sumistrada p aracter de:	25. Se refinó al Iscal 3 Si No No 10 ta lesión (hogar, Olicina, Fabro sión? or
ESCRIBA AL FINAL PINAL PRINCIPAL (enfermed inciditor eventos que la Diras condiciones de importancia que commouveron a la muerie par Fecha de la operación, si la nució 26 d. d. Halitaggios más importancia que commouveron a la muerie par estado en país de la operación, si la nució 26 d. d. Halitaggios más importante de la operación, si la nució 26 d. d. Halitaggios más importante de la operación de la paíse de la central pa	ado citesión) que everaren la muente. di pero que no estaban relacionadas con la enferm portantes de la operación 27. 27 d. Feo Mes Dia 7.C 2. y que la muerte ocurrio a consecuencia que Certifica que Certifica (16.60)	a Tipo de muente Dinatural accidente pendienta de investigar ha de lesión Año Hora M 28 b NO adisti al fallecido y de las raújasa y del fallecido 26 c Dirección Exacta del M	No suscidio homicidio homi	27 b Lugar donde ocur calle) etc. 27 5 Comp ocurro la le información sumisurada por caracter de	25. Se refinó al facea 3 Si No No no ta lesión (hogar, Olicina, Fabric sión?
ESCRIBA AL FINAL PRINCIPAL CONTROL OF TRANSPORT OF TRANSP	sad o Jesúch) que evarón la muene. di pero que no estaban reliscionadas con la enferm portantes de la operación 27. 27 d. Feo. 20 R hasta Dic - 2 y que la muerte ocurrio a consecuencia de que Certifica 30 b: Fecha Mes Dia Mes Dia Mes Dia	a Tipo de muente accidente pendienta de investiga: ha de lesión Año Hora M 28 b. NO adisti al fallecido y de las caupas y del fallecido. Médico 28 c. Dirección Ekacia del M 20 g. Nopalire del odmentado.	No suscidio hamicidio non in no pudo determinarse 27 e d'Ocurrio mientras trabajaba' Si No esta Certificación se hace a base de en su suscidio que Centico Caura Maria Municipal de comunicación se hace a base de en su suscidio que Centico Caura Municipal de comunicación de la com	27 b Lugar donde ocur calle) etc. 27 5 Comp ocurro la le información sumisurada por caracter de	25. Se tetino al facea 3 Si No No no ta lesión (hogar, Olicina, Fabric sion? or 29 de Fecha de la Firma
Estantia A. Final Philosophia and a mueria security and a mueria principal tenferimento principal tenferimento principal security and a mueria proportional del a operación si la nució 26 b. Hallasgos más imple. Estado o país su al fallecido desde en la lecha y hora arriba insigada a. Mérico que certifica del monte principal	pero que no estaban reliscionadas con la enfermente de la operación 27. 27. d. Fec. Mess Dia 29. D. Numero de Licencia de que Certifica 30. b. Fecha Mes Dia Dia Dia Dia Dia Dia Dia Dia	a Tipo de muente Si actural accidente pendienta de investiga: ha de lesión Año Hora M Año 28 b. NO adisti al fallecido y de las caupas y del fallecido Médico 28 c. Dirección Exacta del M D Año D A	No siscidio homicidio homi	27 b Lugar donde ocur calle) etc. 27 5 Comp ocurro la le información sumisurada por caracter de	25. Se tetino al facea 3 Si No No no ta lesión (hogar, Olicina, Fabric sion? or 29 de Fecha de la Firma
ESCRIBA AL FINAL PRINCIPAL (enformed in muneral principal (enformed in mune) for swertes due le principal (enformed in mune) for swertes due le principal (enformed in mune) for swertes due le principal (enformed in mune) for sur condiciones de importancia que combuyeron a la muene par la Fecha de la operación si la hubo 26 di Hallaggos más importancia participal (enformed in muneral participal de la condicional de la operación de la muneral participal de la condicional de la	pero que no estaban reliscionadas con la enfermente de la operación 27. 27. d. Fec. 27. d. Fec. 29. Dia nasta 29. Sumero de Licencia de que Certifica 30. b. Fecha Mes Dia DO DEL ENTIERRO 32 al ÉFuyl embalsar	a Tipo de muente antural accidente pendiente de investigal na de lesión Año Hora M 1 20 28 b. NO asis) al fallecido y de las cacidas y defialecido Médico 28 c. Dirección Exacia de M D Año 20 c. Dirección Exacia de M D Año 25 c. Dirección Exacia de M 25 c. Dirección Exac	No siscidio homicidio homi	e nizo la auropsia 27 b Lugar donde ocur callej etc. 27 t scomo ocurno la le e información sumisuada p aracter de 6 85 MM/40 30 d Ofercon Grecha de	25. Se seririo al fiscal S I No 10 ta lesion (hogas, Oficina, Fabric 19/007 28 de Fecha de la Firma Mos Dia Ado 1/2 Z/ Zo
ESCRIBA AL FINAL PRINCIPAL (enformed incidio) and condition and condition are conditioned to eventor que to the condition and control of the eventor and a mueric particular and control of the eventor and a mueric particular and control of the eventor and a mueric particular and control of the eventor and a mueric particular and control of the eventor and control of the eventor and control of the eventor and conditions are conditioned as a conditional particular and conditions are conditional particular and conditions are conditional particular and conditional and condit	pero que no estaban relacionadas con la enferm pero que no estaban relacionadas con la enferm portantes de la operación 27. 27 d Fec. 27 d Fec. 28 hasta C- Z y que la muerta ocurrio a consecuencia que Certifica Calledo	a Tipo de muente anatural accidente para la concidente para la concidente de investigar na ceresción de ceresción de ceresción de ceresción de ceresción de ceresción exacidad y de las cacidad y de las cacidad y de la concidente de ceresción exacidad de la concidente de ceresción exacidad de la concidente de ceresción de la concidente de ceresción de la concidente de ceresción de la concidente del concidente de la concidente de la concidente de	No siscidio homicidio homi	e hizo la auropsia 27 b. Lugar donde ocur callel esc. 27 f. s.Como ocurno la le e información sumisulada p caracter de 6 85 MM/d Manach 30 d Deccon	25. Se seririo al fiscal S I No 10 ta lesion (hogas, Oficina, Fabric 19/007 28 de Fecha de la Firma Mos Dia Ado 1/2 Z/ Zo
ESCRIBA AL FINAL PRINCIPAL (enformed in muneral principal (enformed in mune) for swertes due le principal (enformed in mune) for swertes due le principal (enformed in mune) for swertes due le principal (enformed in mune) for sur condiciones de importancia que combuyeron a la muene par la Fecha de la operación si la hubo 26 di Hallaggos más importancia participal (enformed in muneral participal de la condicional de la operación de la muneral participal de la condicional de la	pero que no estaban relacionadas con la enferm pero que no estaban relacionadas con la enferm portantes de la operación 27. 27 d Feo Dia 20 R hasta Di C - 2 y que la muerte ocurrio a consecuencia de que Certifica Dia Dia Dia Dia Dia Dia Dia Dia Dia Di	a Tipo de muene anatural accidente de investigai ha de lessión. Año Hora M 28 ti. NO asis) al fallecido y del	No succido homicido	e Pizo la auropsia 27 b Lugar donde ocur callej etc. 27 l's Como ocurno la le e información sumisuada p avacter de 68 MM/d Manuar 30 d preción (COLL) (Fecha de	25. Se seririo al fiscal S I No 10 ta lesion (hogas, Oficina, Fabric 19/007 28 de Fecha de la Firma Mos Dia Ado 1/2 Z/ Zo

ESTE ES UN ABSTRACTO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN OFICIALMENTE INSCRITO EN EL REGISTRO DEMOGRÁFICO DE PUERTO RICO BAJO LA AUTORIDAD CONFERIDA POR LA LEY 24 DEL 22 DE ABRIL DE 1931

for morney felicious,

SECRETARIO DE SALUD (SECRETARY DE HEALTH) Vanda del C. Hovet Dias

DIRECTOR REGISTRO DEMOGRAFICO (STATE REGISTRAR)

THIS IS AN ABSTRACT OF THE RECORDS FILED IN THE DEMOGRAPHIC REGISTRY OF PUERTO RICO ISSUED UNDER THE AUTHORITY OF LAW 24, APRIL 22, 1931



Estado Libre Asociado de Puerto Rico Departamento de Salud



ADVERTENCIA: Cualquier alteración o borradura cancela esta certificación.